



CONSENTIMIENTO - VERIFICACIÓN DE ANTECEDENTES

Yo, \_\_\_\_\_ mayor de edad, \_\_\_\_\_ (casado/a, soltero/a, viudo/a) y vecino/a de \_\_\_\_\_, mediante mi firma, autorizo a los funcionarios del Área de Salud y Seguridad de la ACUDEN \_\_\_\_\_ central/regional \_\_\_\_\_, a verificar mis antecedentes, utilizando los siguientes medios:

1. Antecedentes Penales de Puerto Rico
2. Registro Ofensores Sexuales de Puerto Rico
3. Antecedentes Penales de cualquier estado donde haya residido fuera de P.R por los pasados 5 años.
4. Registro Ofensores Sexuales de cualquier estado donde haya residido fuera de P.R por los pasados 5 años.
5. Registro de Maltrato de Menores de cualquier estado donde haya residido fuera de P.R por los pasados 5 años.
6. Registro de Maltrato/Negligencia, Administración de Familias y Niños (ADFAN)
7. *National Crime Information Center*
8. Verificación de Huellas Dactilares

Autorizo la búsqueda de información antes mencionada, con el único propósito de evaluar mi elegibilidad para ocupar un puesto como:

- Centro Licenciado: \_\_\_\_\_ Puesto: \_\_\_\_\_
- Hogar de Cuido Licenciado
- Hogar Exento no Familiar
- Cuidador en residencia del menor(autorizado)

Firma del solicitante: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Región: \_\_\_\_\_

